POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁŁABANA, PROF. BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, PROF. SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, DRA LIEBERMANNA, PROF. K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DOC. DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, PROF. DEYLA W PRADZE.

Luty.	→ ROCZNIK DWUNASTY. ←	1910.

I. PRACE ORYGINALNE.

Z c. k. uniwersyteckiej kliniki okul. R. Dw. Prof. B. Wicherkiewicza i z c. k. uniwersyteckiego zakładu mikrobiologii Prof. Dr Nowaka.

Promienica rogówki.

Podał

Dr EDMUND ROSENHAUCH,

asystent kliniki.

Prócz doświadczalnych prac, w których udało się wywołać owrzodzenia rogówkowe zapomocą *aspergillus fumigatus* (Leber), *a. flavescens* (Halberstma), *a. niger, a. Wentii* mniej *a. candidus* (Rollet i Aurand), *penicilium* (Buchanan), drożdży (Rosahefe, Lundsgaard, Stoewer) istnieje 21 ogłoszonych przypadków owrzodzeń rogówkowych wywołanych przez grzybki. Przypadki te omawia Axenfeld w swej bakteryologii okulistycznej, mogę je przeto pominąć. Prócz tych ogłoszono nadto dwa przypadki nowe spowodowane przez *aspergillus fumigatus* (Zado, Issakowitz). Najczęściej napotykano w tych owrzodzeniach *aspergillus fumigatus*, dwa razy

mucor mucedo (Ball, Bono), raz *penicilium glaucum* (Wicherkiewicz według rozpoznania drobnowidowego w zakładzie Prof. Bujwida).

Przed dwoma laty ogłosił zur Nedden przypadek owrzodzenia rogówki »z niewiadomego powodu«, jaki spostrzegał u 6-letniego dziecka. Owrzodzenie łączyło się z wysiękiem ropnym do przedniej komory, a na pożywkach udało się autorowi wyhodować „*Streptothrix*". Mikrob ten wstrzyknięty wśródotrzewnowo lub na rogówkę wprowadzony nie wywołał żadnych zmian chorobowych widocznych. Natomiast wstrzyknięty w rozczynie fizyologicznej soli kuchennej w miąższ rogówki powodował szybko rozszerzające się owrzodzenie a w przedniej komorze hypopyon

Ze schorzeń rogówkowych o pokrewnej etyologii wymienić należy spostrzeżenia de Berardinis'a, który z owrzodzenia rogówkowego wyhodował *Streptothrix*. Najczęściej powodem wywołującym usadowienie się grzybków w rogówce jest uraz; w wielu przypadkach wywiady wprost wspominają o urazie, w wielu znaleziono nawet w owrzodzeniu tkwiące ciało obce wśród mas bujającego grzybka. Innym razem chorzy są tak nieudolni, że nie można było żadnych danych o początku owrzodzenia od nich wydobyć. Inni wreszcie o urazie, który mógł być nieznacznym, nie wspominają, gdyż mógł ujść ich uwadze.

Poniżej podaję dwa nowe przypadki owrzodzeń rogówkowych na tle grzybków, oba odnoszą się do dzieci wyrobników, które bawiły się w polu. Czy nastąpił uraz trudno było od dzieci czegokolwiek dowiedzieć się, a rodzice też nie wiele podają, ponieważ zwrócili uwagę dopiero później, kiedy na oko »wyszła biała plama«.

Przypadek 1-szy.

Franciszek W., 5-letni syn wyrobnika. Matka zgłosiła się z nim 6. IX. 1907 i podała, że od trzech tygodni prawe oko dziecka czerwienieje, ropieje. Nie umie podać, czy doznało urazu, lub czy mu coś do oka wpadło.

Badanie wykazało: brzegi powiek lekko zaczerwienione,

nieznaczna wydzielina zasychająca. Spojówka zwłaszcza gałki miernie przekrwiona. Na rogówce od skroni w obrębie szpary powiekowej tuż obok źrenicy guzek żółtawy 1 mm średnicy, ostro odgraniczony, wystaje nad powierzchnię rogówki, matowy; do niego zdąża od skroni wiązka powierzchownych naczyń. Zresztą rogówka czysta, lśniąca, źrenica 2·5 mm, dobrze oddziaływa, rąbek rogówkowy nie zgrubiały.

Guzek ten z łatwością igłą do ciał obcych usunięto. Pozostał powierzchowny ubytek o dnie czystem, lekko nierównem.

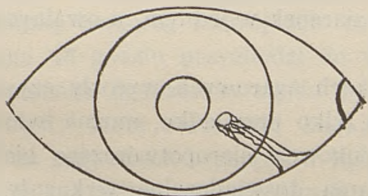
Leczenie: ciepły okład, maść kseroformowa, żółta rtęciowa z kokainą.

9. IX. Oko bez podrażnienia, spojówka blada, naczynia na rogówce znacznie cieńsze, ustępują, w ich miejscu rogówka niezmętniona. W miejscu owrzodzenia powierzchowny ubytek zabliźniający się. Chory sam oko otwiera.

Leczenie stosowane w klinice przepisano do domu.

Przypadek 2-gi.

(Rys. 1).



Prawe oko.

M. Jan, 2-letni syn wyrobnika, przybył do ambulatoryum 25. IX. 1907 z matką, która podała, że od 3—4 tygodni prawe oko dziecka czerwienieje. Na oku ma mieć krostkę. Nie leczony. Czy się uderzył, lub czy mu coś do oka wpadło, matka podać nie umie.

Badanie wykazało: powieki prawidłowe, spojówkę lekko przekrwioną. Na rogówce, w obrębie szpary powiekowej, od strony nosa, 3—4 mm od brzegu rogówko-twardówkowego, widać jak gdyby pęcherzyk białawo-żółtawy, $1^1/_2$ mm średnicy, o brzegach ostro odgraniczonych (rys. 1). Guzek ten, lekko

nad poziom rogówki wyniosły, nie lśni, do niego dochodzi wiązka powierzchownych naczyń. Zresztą rogówka czysta, źrenica $2^1/_2$ mm, dobrze oddziaływa, *limbus* nie zgrubiały.

I w tym także przypadku udało się z łatwością zapomocą igły do ciał obcych, usunąć cały ów pęcherzyk, poczem widać ubytek powierzchowny, o dnie lekko nierównem, lecz czystem.

Leczenie: maść kseroformowa z rtęciową żółtą, obok ciepłych okładów.

28. IX. Oko prawie bez podrażnienia, naczynia na rogówce ledwie widzialne, rogówka w tem miejscu nie zmętniona, ubytek zabliźnia się.

Przepisano do domu leczenie, jak wyżej.

Z guzków usuniętych z rogówki przygotowano preparaty na szkiełkach podstawowych i hodowle agarowe. Na preparatach widać było gęsty splot bezbarwnych nitek, rozgałęziających się nieregularnie. Po zabarwieniu okazało się, że nitki te składają się z poszczególnych długich elementów. Nadto widać było całe masy ziarenek w jednym, a owalnych tworów w drugim przypadku.

Na pożywkach agarowych wyrosły czyste kolonie grzybków, w jednym tylko przypadku, można było nadto stwierdzić kilka kolonii gronkowca nieropotwórczego białego, który jednakże, jak badania doświadczalne wykazały, okazał się saprofytem.

Hodowle agarowe oddałem Dr Namysłowskiemu, który określił stanowisko systematyczne tych organizmów i zachowanie się tych tworów na różnych pożywkach.

Na podstawie wyników swoich spostrzeżeń dochodzi Namysłowski do wniosku, że organizmy te należą do grupy promieniowców, że są to gatunki dotąd nieopisane.

Aby się przekonać o chorobotwórczości tych mikroorganizmów, wykonałem cały szereg doświadczeń, wszczepiając bądźto w skaryfikowaną rogówkę, bądź w przednią komorę oka, morskiej świnki odrobinę wyhodowanych organizmów z kultury agarowej. Na rogówce powstawały drobne bardzo

owrzodzenia, lecz organizmy wkrótce ginęły, a owrzodzenie szybko się zabliźniało. Inny natomiast był przebieg po wprowadzeniu organizmów tych do przedniej komory. Szybko występowały objawy silnego zapalenia, rogówka ulegała zmętnieniu, była jakby nakłuta, przychodziło do wytworzenia hypopyon, w jednym przypadku nawet nastąpiło zapalenie ropne całej gałki, przyczem zawsze, jako przyczynę doświadczalnie wywołanych schorzeń, udało się wykazać wprowadzone mikroorganizmy *) obok nielicznych niechorobotwórczych ziarenkowców. Kilka gałek w różnych stadyach procesu chorobowego enukleowano i po utrwaleniu w płynie Schaudinna, badano w skrawkach mikroskopowych. Badaniem tem stwierdzono, że mikrob ten w przedniej komorze się rozrastał, naruszając z jednej strony błonę Descemeta, z drugiej zaś wrastając w tkankę tęczówkową, przyczem wytwarzał się bardzo obfity naciek. Tym sposobem udało się stwierdzić chorobotwórczość dla obu wspomnianych mikrobów. Mikroby te na rogówce wywołują nieznaczne tylko zmiany i wkrótce giną, natomiast w przedniej komorze rozwój ich postępuje szybko, bo już w przeciągu 48 godzin przychodzi do wytworzenia się bardzo silnego zapalenia. Zgadzałoby się to ze spostrzeżeniami Namysłowskiego, który stwierdził, badając wspomniane mikroorganizmy »na pożywkach bogatych w H_2O rozwój szybki, bardzo zaś powolny, lub żaden na pożywkach w H_2O ubogich«.

Z pracy de Berardinisa **), z opisu jego hodowli i preparatów sądzi Namysłowski, że Berardinis miał do czynienia z promieniowcem. Przypadki nasze byłyby zatem drugim przypadkiem promienicy rogówki. Oba nasze przypadki należą do t. zw. lżejszej postaci keratomykozy. Przypadków takich opisano kilka. Przypominają one swym wyglądem zapalenia skrofuliczne, często z powierzchownemi naczyniami,

---

*) Po roku mikroorganizmy te nie straciły jadowitości, mimo dziesiątków pokoleń. Doświadczenia takie same, jak wyżej, powtórzono z zupełnie podobnym wynikiem.

**) Ann. di oftalmol. Pavia 1904.

jakby łuszczką (I s s a k o w i t z), lub w postaci zbliżonej wyglądem zewnętrznym do t. zw. *keratitis fascicularis* (J o h n s o n, U h t h o f f - A x e n f e l d, K a y s e r, M a r t i n). Nasze dwa przypadki były bardziej do ostatniej postaci podobne, jednakże pewne szczegóły pozwalają nam bez badania drobnowidowego odróżnić zapalenie na tle grzybków, przebiegające pod postacią *keratitis fascicularis*, od cierpienia tego na tle skrofulicznem.

Keratomykozy bowiem mają wygląd matowy*), nie lśnią tak, jak skrofuliczne zapalenia; nadto zazwyczaj jest tylko część rogówki zajęta, reszta pozostaje zwykle lśniąca, gładka a rąbek rogówkowy nie jest zgrubiały, poza tem podrażnienie gałki jest zwykle umiejscowione, nie odnosi się do całej spojówki, brak też przy keratomykozie owego łuku szarego, oznaki postępu pęcherzyka. Inaczej przy *keratitis fascicularis:* rąbek często bywa zgrubiały, gdyż zwykle znajdujemy inne drobne pęcherzyki przy rąbku, istnieje łuk szarawy postępujący, spojówka bywa bardziej podrażniona, łzawienie znaczne zazwyczaj.

Skoro zapalenie skrofuliczne minie, pozostaje w miejscu pasemka naczyń zdążających w rogówce do pęcherzyka pasemkowate zmętnienie — dowód, że część tkanki rogówkowej uległa zniszczeniu, a jej miejsce zajęła nowowytworzona tkanka bliznowata.

Keratomykoza lżejsza jest schorzeniem powierzchownem. Naczynia zdążające do zajętego ogniska biegną po powierzchni rogówki. Po ustąpieniu cierpienia, skoro naczynia zanikną, nie wytwarza się w miejscu ich przebiegu blizna, rogówka wraca tu do prawidłowej przezroczystości, plama pozostaje tylko czasem i to w miejscu, w którem było ognisko chorobowe, zajęte przez grzybki.

JWielmożnym Panom: R. Dw. Prof. W i c h e r k i e w i c z o w i i Prof. Dr N o w a k o w i składam serdeczne podziękowanie za liczne wskazówki. Pierwszemu nadto za odstąpienie mi niniejszych przypadków do ogłoszenia.

---

*) pochodzi to od delikatnego białawego nalotu, złożonego z gęstej siateczki nitek.

Literatura,

odnośnych przypadków znajduje się w książce Axenfelda: Bakteriologie in der Augenheilkunde. Jena G. Fischer 1907.

Issakowitz: Mittheilung einiger seltener Hornhauterkrankungen. Klin. Monatsbl. f. Augenh. Beilageh. XLVII.

Namysłowski: O promieniowcach z ludzkiej rogówki. Biuletyn Akad. Umiej. w Krakowie 1909. nr 7.

Zado M.: Beiträge zur Kenntnis der Keratomykosis aspergillina. v. Graefes Arch. f. Ophth. LXV. 3. p. 417.

Przypadek Hydrops sacci lacrymalis bilateralis congenitus.

Podał

J. ŻURKOWSKI,

(Humań, g. kijowska).

W końcu kwietnia 1907 r. był skierowany do mnie przez lekarza K. chory z zajmującem schorzeniem dodatkowego aparatu oka; załączona podobizna ilustruje wygląd chorego.



Chory, 5-miesięczne dziecko, dość słabej budowy i słabo odżywione, ma z obydwóch stron nosa guzy, z których prawy wielkości małego orzecha laskowego zaczyna się od brwi, mieści się u wewnętrznego kąta szpary ocznej i dolną swą granicą dochodzi do połowy długości nosa; lewy zaś guz mniej więcej trzy razy większy od prawego, zaczyna się od wewnętrznej strony lewego łuku brwiowego, ciągnie się po lewej stronie nosa i dochodzi dolną swoją granicą do skrzydła nosowego. Przy obmacywaniu widzimy, że guzy są elastyczne chełboczące; bolesności niema; skóra na powierzchni guzów koloru prawidło-

wego, ścieńczona, naprężona, nie daje się ująć w fałdę; przez naciskanie na powierzchnię guzów nie udaje się nic wycisnąć przez kanały łzowe do oka; do nosa widocznie także nic nie trafia, ponieważ guzy od ucisku nie zmniejszają się; drożność kanałów łzowych nie mogła być zbadana, z powodu niemożliwości dostania się do otworków łzowych, które były zakryte guzami, zwieszającymi się po nad wewnętrznymi kącikami szpar powiekowych. Łzawienia niema.

Z wywiadów się dowiadujemy, iż dziecko miało od urodzenia u wewnętrznych kącików obu szpar powiekowych maleńkie wyniosłości, które od niedawnego czasu zaczęły się powiększać.

Opierając się na wyżej opisanem umiejscowieniu guzów, łatwo było wywnioskować, że mieliśmy do czynienia z rozciągnięciem woreczków łzowych przez zawarty w nich płyn, t. j. z wodniakiem ich, a raczej z torbielą zastoinową, która się utworzyła z powodu zarośnięcia wszystkich trzech otworów woreczków łzowych. Różniczkowe rozpoznanie mogło dotyczyć przepukliny mózgowia, polipów nosowych i kaszaków skóry; pierwszemu przypuszczeniu zaprzeczał brak przy obmacywaniu otworu, prowadzącego do wnętrza czaszki; drugie przypuszczenie obala fakt zupełnej drożności otworów nosowych; zresztą polipy rozciągałyby przeważnie dolną chrząstkową część nosa, a nie górną kostną; elastyczność zaś guzów wyklucza przypuszczenie o kaszakach.

Podczas operacyi rozpoznanie zostało potwierdzone; zastosowałem uśpienie chloroformowe lekkie i wstrzyknięcie w górnej części guzów roztworu adrenaliny 1 : 5000 dla zmniejszenia krwawienia. Operacyę wykonałem po każdej stronie w sposób następujący: cięcia prowadziłem pionowo z góry do dołu przez najwięcej wypukłą część guza, przeciąłem skórę aż do torebki guza, starając się takowej nie przedziurawić, potem skórę oddzieliłem na obie strony — w stronę nosa i w stronę oka i twarzy, następnie oddzieliłem natępo górną część guza, potem wewnętrzną i zewnętrzną, później tylną, a nakoniec część dolną, stanowiącą przejście do *canalis naso-lacrymalis*,

odciąłem nożyczkami; skórę zeszyłem jedwabiem. W ciągu kilku dni opatrunki; rana goiła się dobrze; po tygodniu chory usunął się z pod obserwacyi.

Badania drobnowidowego wyjętych guzów nie dokonano; po otworzeniu wyciętych guzów znaleziono treść o wyglądzie przezroczystego gęstego śluzu.

Nie mając pod ręką literatury odnośnej, nie mogę porównać mojego przypadku z licznymi do niego podobnymi; może tylko mój przypadek posłuży komu jako przyczynek do całego szeregu innych podobnych przypadków; za osobliwość jego można uważać ten fakt, że opisane cierpienie trwa od urodzenia, a właściwie zjawiło się jeszcze w życiu płodowem; wiemy również, że torbiel bywa następstwem przewlekłego cierpienia woreczka łzowego, znamionuje więc bardzo późny jego okres; w tym więc przypadku 5-miesięczne dziecko doszło do owego późnego okresu choroby. Jako drugą osobliwość przypadku możemy uważać brak łzawienia; to zjawisko możemy sobie tłumaczyć przystosowaniem się gruczołów łzowych do nowych warunków, stworzonych zatamowaniem odpływu łez: ponieważ łzy nie odpływają z worka spojówkowego, a zbierają się w niem, więc gruczoł zaczyna je wytwarzać w ilości znacznie mniejszej niż prawidłowo, a mianowicie w takiej, ile się traci drogą wysychania.

II. STRESZCZENIA.

Ctrblatt f. Augenheilkunde. R. 1909. Z. 8 (sierpień), 10 (październik) i 11 i 12 (listopad-grudzień). (Ref. Dr Gruder).

Przypadek torbiela w przedniej komorze. (Ein Fall von Vorderkammercyste). Prof. J. Hirschberg w Berlinie.

Robotnikowi wpadł do prawego oka kawał metalu, będącego mieszaniną cynku z ołowiem i miedzią. Chociaż promienie Rönt-

gena wykazywały obecność ciała obcego, chory nie zgodził się na wyjęcie tegoż. V = $^1/_{35}$. Pole widzenia zmniejszone.

Od strony nosa blizna w twardówce i rogówce. Źrenica od strony nosa przyczepiona. Przezroczysty torbiel 6 mm szerokości zajmuje nosową część przedniej komory. Nieznaczne zmętnienie soczewki. Dno oka wykazuje jaśniejszą linię, ograniczoną barwikiem. Sideroskop żadnego nie daje stanowczego wyniku.

Po dwóch miesiącach wrócił chory po dokonanej operacyi; wedle podania chorego zabieg operacyjny polegał na nakłuciu torbiela.

Lecz skutek był ujemny. Torbiel był we wszystkich kierunkach zwiększony, wypełnił po stronie nosa trzecią część przedniej komory do tylnej powierzchni rogówki, po stronie skroniowej sięgał poza nosowy brzeg źrenicy, zostawiając wązki rąbek źrenicy wolnym, oddziaływający na światło. Dno oka, widoczne przez ten wązki otwór źrenicy, niewyraźne. Przednia ściana torbiela przezroczysta, tylna żółtawa i nieprzezroczysta; brzeg lekko falisty. Tn. V = palce w odległości pół metra.

Badanie röntgenowskie wykazywało obecność odłamka metalowego. Z powodu silnych objawów zapalnych i bólów wyłuszczenie gałki, w której znaleziono ciało obce o metalicznym połysku, leżące na *pars plana corp. ciliaris.*

Keratitis marginalis profunda (Fuchs). Dr Meyerhof w Kairze.

Autor opisuje rzadko spostrzegany rodzaj zapalenia rogówkowego, opisanego przez Fuchsa; wychodzi ono od tylnej powierzchni rogówkowej i zajmuje w postaci kilku później zlewających się drobnych nacieków jedynie brzegi rogówki, nie wykazując nigdy skłonności i znamion wrzodów; powierzchnia rogówki jest więc gładka, bez jakiegokolwiek ubytku. Cała oprawa odbywa się na tylnej ścianie i w głębi rogówki i posiada przebieg pomyślny.

Wyleczony przypadek współczulnego niedowidzenia. (Ueber einen Fall von Amblyopia sympathica). Dr Juliusz Fejér w Peszcie.

Rozróżniamy dwie postacie *ophthalmiae sympathicae*, mianowicie: podrażnienie sympatyczne i zapalenie sympatyczne. Do pierwszego należą: *Amblyopia*, *Blepharospasmus*, skurcz akomodacyjny, do drugiego choroby jagodówki i siatkówki. Jako czystą amblyopię uważa się tylko przypadki, których upośledzenie wzroku spowodowane jest nie przez przedmiotowe zmiany w oku, lecz przez stan podrażnienia w drugiem oku, a z ustąpieniem ostatniego ustępuje

to upośledzenie (amblyopia) natychmiast lub po kilku dniach. Nie można więc tu zaliczać, ani zaniku ani zapalenia nerwu ocznego.

Chora 28-letnia oślepła na prawem oku rzekomo wskutek ospy, przebytej w drugim roku życia. Od dwóch tygodni silne bóle w prawem oku, bóle głowy i bardzo znaczne upośledzenie wzroku na drugiem, lewem oku.

Spojówka prawego oka obrzmiała i zaczerwieniona, gałka znacznie zmniejszona, twarda i bolesna na dotyk. Lewe oko całkiem prawidłowe, bystrość wzroku osiowa $^1/_{70}$, pole widzenia znacznie ścieśnione.

W przypuszczeniu, iż znaczne upośledzenie wzroku na lewem oku spowodowane jest przez zapalenie drugiego oka, wyjęto gałkę. Już następnego dnia znaczne polepszenie wzroku, spostrzegane przez chorą. W pięć dni po operacyi $V = {}^7/_5$, pole widzenia prawie prawidłowe. Po wyjęciu gałki *amblyopia sympathica* zupełnie ustąpiła.

Przy sekcyi gałki twardówka znacznie zgrubiała w jednem miejscu, soczewka i ciałko szkliste otoczone skorupą kościstą; wewnętrzne części gałki zupełnie zwyrodniałe. W tym przypadku można zmniejszenie gałki i tworzenie się kości w okolicy ciałka rzęskowego uważać za przyczynę podrażnienia *(amblyopia sympathica)*.

Przypadki takie wyraźnie dowodzą prawdopodobieństwa teoryi rzęskowej; dowodzą, że podrażnienie na drodze odruchowej nerwów rzęskowych z jednego oka przechodzi na drugie, ponieważ w sympatycznem oku nie spotykamy żadnych podmiotowych objawów, i że po wyjęciu gałki stan ogólny się poprawia, a bystrość wzroku wraca napowrót w zupełności.

Jak leczy się jaskrę? (Wie behandelt man Glaukom?) Dr Wilhelm Schoen w Lipsku.

Autor opisuje dwa przypadki jaskry, przy których dopiero etyologiczne leczenie ocaliło oko od ślepoty grożącej. Przy pierwszym mimo wcześnie dokonanej irydektomii, napady jaskry powtarzały się nadal i dopiero po wyrównaniu zeza w górę (Höhenschielen) i dalekowidzenia nastąpił spokój. Także drugie, zagrożone oko zostało w ten sposób ocalone.

Przy drugim przypadku wyrównanie presbyopii i wstrzymanie się od roboty w blizkości przyszło prawdopodobnie za późno.

Dwa zastarzałe przypadki kiły z objawami na oczach. (Zwei alte Fälle von Lues mit Augensymptomen). Prof. J. Hirschberg w Berlinie.

Infekcya przed 27 laty. Silne dawki rtęci, w ciągu pięciu lat 140 wcierek, znacznie polepszyły ogólny stan ócz.

W drugim przypadku, 18-letnia dziewczyna, z silnem zapaleniem miąższowem rogówki; nastąpiło po 35 wcierkach znaczne polepszenie tak, iż najdrobniejszy druk był rozpoznawany.

Jaskra i Cyklodyalysis. (Glaukom und Cyklodialyse). Dr J. Ohm w Westfalii.

Autor opisuje trzy przypadki jaskry, w których *cyklodyalysis* dała względnie dodatni wynik i dochodzi do wniosku, że zabieg ten w żadnym wypadku nie wywołał ujemnych następstw. Leczenie we wszystkich przypadkach miało przebieg prawidłowy.

Przy pierwszych dwóch przypadkach miało się do czynienia z *glaucoma simplex*. Przebieg całej choroby przemawiał za tem, że pole widzenia, bez operacyjnego zabiegu, dosięgłoby punktu środkowego widzenia. Irydektomia w takim razie albo wcale nie pomaga, częstokroć nawet szkodzi. Od dnia *cyklodialysis* cały proces choroby uspokoił się. W jednym przypadku pole widzenia i bystrość wzroku już od 8-u miesięcy jest niezmienioną, w dwóch innych już od 5 miesięcy utrzymuje się niezmiennie.

Wiestnik oftalmologii. R. 1909. Nr 12. (Referent Dr M. Szafnicki).

Paraspecyficzne leczenie zapomocą surowic w okulistyce. E. G. Łazarew.

Uwzględniwszy dość szczegółowo odnośną literaturę, autor przytacza kilkanaście przypadków z własnej praktyki, w których stosował surowicę przeciwbłoniczą, mianowicie: *phlegmone orbitae, ulcus corneae serpens*, *iritis plastica acuta*, *iridocyclitis chronica*, *hordeola recidiva*. Na podstawie własnych spostrzeżeń przychodzi autor do wniosku, że stosowanie surowicy we wszystkich wypadkach, a szczególnie przy zapaleniu tęczówki znacznie skracało przebieg choroby i zmniejszało bóle. Autor jest zdania, że ten sposób leczenia powinien stać conajmniej narówni z innymi.

O szkłach ochronnych Hallauera. Dr A. G. Krotow.

Autor stosował w 27 przypadkach szkła ochronne Hallauera i był nadzwyczaj zadowolony z wyników. Stosował je przy stanach zapalnych powiek, plamach rogówkowych, jaglicy, zapaleniu skrofulicznem. Najlepsze wyniki dawały szkła nr 2. Prócz tego w 6-u wypadkach stosował autor sferyczne szkła Hallauera nr 1 u cho-

rych, którzy prócz światłowstrętu mieli wadę refrakcyi. Chorzy woleli te szkła niż zwykłe bezbarwne, gdyż swobodniej mogli patrzeć.

Anatomo-patologiczne i kliniczne spostrzeżenia. B. D. Alman.

Autor podaje kilka rzadkich wypadków z swojej praktyki, które jednak są naogół dobrze znane, jak: zwyrodnienie skrobiowate powiek przy jaglicy, *fibroangioma palp. utr.*, *conjunct. Parinaudi*, *cystis dermoidea orbitae*, *exophthalmus puls.*, *corn cutan. palp. inf.*

Kilka przypadków chorób ócz z praktyki własnej. Dr med. A. T. Tierientjew.

Autor przytacza kilka przypadków naogół nie przedstawiających nic szczególnego. Na wzmiankę zasługują dwa: 1) *Coloboma iridis et chorioideae o. s.* u dwojga dzieci, matka których w czasie ciąży przechodziła *uveitis chron. o. s.* 2) *Poliosis praematura circum scripta o. d.* Przypadek dotyczył kobiety 55 letniej, która od 10 lat cierpiała na jaglicę. Brwi i rzęsy miejscami pozbawione barwika, w otaczających miejscach skóry powiek *vitiligo*. Nigdzie na skórze tułowia podobnych zmian nie było. Włosy na głowie ciemno-blond.

Przypadek powikłania ze strony powiek przy szczepieniu ochronnem przeciw ospie. N. S. Pawłow.

Przypadek dotyczył dziecka, u którego przed tygodniem szczepiona była ospa. Powieki silnie obrzękłe, zsiniałe, lśniące, w głębi szpary powiekowej zabarwione prawie biało. Oko samo bez zmian. Sprawa w przeciągu 5-u tygodni przy odpowiedniem leczeniu zupełnie ustąpiła, pozostawiąc nieznaczną poziomą bliznę na dolnej powiece.

Zeitschrift für Augenheilkunde. R. 1909. T. XXII. Z. 2. i Z. 3. (Referent Dr T. Berezowski).

Pęknięcie siatkówki w okolicy plamki przy odczepieniu siatkówki. (Netzhautriss in der Gegend der Macula bei Abhebung der Netzhaut). Dr A. Purtscher.

Przypadek dotyczy chłopca lat 14, który w r. 1903 zgłasza się do lekarza z powodu zeza. Przez dobrane szkła patrzy dobrze.

W r. 1904 urażony w lewe oko rączką od pióra. W r. 1906 w to samo oko uderzony kulą ze śniegu. Po pierwszym urazie wzrok się pogorszył, po drugim jeszcze znaczniej, a od r. 1907 stracił prawie wzrok na tem oku. 2. I. 1909 zgłasza się do kliniki po dobór szkieł. Chory cięższych chorób nie przechodził. Rodzice zdrowi. Ojciec przed laty przebył połowicze porażenie. Próba Wassermanna z ujemnym wynikiem, gruźlicy nie stwierdzono.

Badanie wykazuje na prawem oku odczepienie siatkówki na dolnej połowie dna oka, od brzegu tarczy ku dołowi. Obwodowo refrakcya do + 8·00 D, tarcz + 3·00 D.

Między plamką żółtą a tarczą drobne plamki z punkcików złożone, w naczyniówce zmian zapalnych niema. Pole widzenia górą wewnątrz zwężone. W ciałku szklistem zmętnienia drobnopłatkowe.

V pr. plc. 2 m $^{6}/_{60}$ c + 4 D Jäg. 9 : 8 cm.

Na lewem oku na całem dnie z wyjątkiem górą wewnątrz odczepiona siatkówka, największe odczepienie dołem zewnątrz. refr. + 13·00 D. W soczewce dołem zewnątrz pasemkowate zmętnienie. W ciałku szklistem, drobno-pyłkowe i płatkowe zmętnienia stałe i ruchome. W plamce żółtej plama ciemno-czerwona, ostro ograniczona, odbijająca od tła szaro-białego, w wymiarze pionowym wynosi $^{1}/_{3}$ szerokości tarczy, w poziomym prawie $^{1}/_{4}$, górnym końcem pochylona ku skroni. Plama ta jest miejscem pęknięcia siatkówki, górą jest ostro zakończona, dołem zaokrąglona, postaci gruszkowatej. Brzegi plamy przesuwają się paralaktycznie, inne są podwinięte. Różnica w refrakcyi brzegów pękniętego miejsca wydaje się nie większą jak 1·00 D. Tuż przy brzegu nosowym tego otworu z pęknięcia, można rozpoznać *fovea centralis* w otoczeniu szaro-białawem, które jest szerokości tarczy, a odgraniczone od niej łukowatą zmarszczką siatkówki, której wypukłość zwraca się ku tarczy. Podobna zmarszczka lecz mniej wyraźna znajduje się po skroniowej stronie pękniętego miejsca. Naczynia siatkówki ani naczyniówki nie okazują żadnych zmian.

V lo. ruchy ręki przed okiem; c + 4 D plc. $^{1}/_{2}$ m.

Autor przytacza rozmaite poglądy innych autorów w podobnych przypadkach. W swoim wyżej opisanym przypuszcza, że pęknięciu uległa już odczepiona siatkówka wskutek ruchów gałki ocznej i ciśnienia cieczy śródocznej.

Zastoinowe ciśnienie w kanale Cloquet'a przy akomodacyi, jako miejscowa przyczyna podniesienia refrakcyi oka i krótkowzroczności. (Der akkomodative Stauungsdruck stromaufwärts vom Cloquetschen Kanale als örtliche Ursache der Refraktionserhöhung des Auges und der Kurzsichtigkeit). Dr Kuschel.

Sprężystość tkanek oka i działanie mięśnia rzęskowego przy akomodacyi występują jako główne czynniki regulujące krążenie cieczy śródocznej. Mięsień rzęskowy napina naczyniówkę, rozszerza jej koryto krążenia i obniża przy tem ciśnienie, wzmagając filtracyę i przyspieszając ruch cieczy. Przy tem ciałko szkliste doznaje ucisku, objętość jego zmniejsza się, a wśród ciałka podnosi się ciśnienie i kanał Cloqueta zostaje zamkniętym lub zacieśnionym, szczelina więzadełkowa rozszerza się i tak z jednej strony utrudniony jest dopływ, z drugiej ułatwiony odpływ cieczy z ciałka szklistego. Przy skurczu mięśnia rzęskowego rozszerza się również przewód Schlemma, co ułatwia odpływ cieczy z przedniej komory. Gdy kanał Cloqueta zostanie zamkniętym, powstaje zastoina, przy skurczu mięśnia rzęskowego, w górę prądu, przeciwnie przy rozkurczu jego, obniżenie ciśnienia w dół prądu. Działanie narządu akomodacyjnego, głównie zaś mięśnia rzęskowego porównuje autor do działania klap i zastawek w narządzie krążenia krwi. Zwężenie kanału Cloqueta i ucisk ciałka szklistego porównuje ze zwężeniem zastawek serca, przy czem w górę prądu powstaje dodatnie, w dół prądu ujemne ciśnienie. Oczy dalekowzroczne muszą, dla dokładnego widzenia, znajdować się ciągle w pewnym wysiłku akomodacyjnym. Skutki jego najwybitniej występują przy wysokich stopniach dalekowzroczności. U małych dzieci przy rozwijaniu się świadomości, z powodu budowy dalekowzrocznej oczu, przy częstem przypatrywaniu się rozmaitym przedmiotom z blizka, panuje wzmożony wysiłek akomodacyjny, który głównie w wieku szkolnym, przy czytaniu i pisaniu z blizka, nieraz przy lichem oświetleniu, doprowadza do wytworzenia się krótkowzroczności.

U starszych również może wytworzyć się krótkowzroczność np. przy zmianie warunków pracy, gdy zmuszeni są do wytężonego dłużej trwającego przypatrywania się z blizka. Wskutek podwyższonego ciśnienia gałka oczna może uledz rozszerzeniu, wydłużeniu. Do tego w pewnej mierze przyczynić się może pewne osobiste usposobienie, mniejsza odporność, większa podatność tkanki ocznej, która przy wzmożonym ucisku powstającym przy akomodacyi łatwiej może uledz rozciągnięciu, zwłaszcza w okolicy tylnego bieguna gałki.

Jako anatomiczne dowody obniżenia ciśnienia w dół prądu przytacza autor:

1) Ogólne zmiany postaci, jakim ulega oko przy rozwijaniu się refrakcyi.

2) Przez Dondersa spostrzegane przypłaszczenie rogówki.

3) Pogłębienie przedniej komory.

O zastoinie w górę prądu przy zamknięciu kanału Cloqueta świadczą zdaniem autora:

1) Przesunięcie tylnej granicznej warstwy ciałka szklistego ku przodowi, czego dowodzą powstałe jamiste przestrzenie w tylnych częściach ciałka szklistego (Weiss).

2) Rozszerzenie się zastoiny na siatkówce i naczyniówce.

3) Zwiotczenie połączenia między siatkówką a naczyniówką.

Ciśnienie zastoinowe, wskutek zamknięcia kanału Cloqueta przy długo trwających wysiłkach akomodacyi, oddziałuje na twardówkę, która poddając się temu ciśnieniu rozciąga się głównie w tylnym odcinku gałki. Także i inne tkanki przylegające do twardówki ulegają zmianom i można w nich zauważyć zmiany anatomiczne, opisywane przez Weissa, na których także opiera się autor.

Jądro zwieracza i droga przenoszenia odruchu świetlnego źrenicy we wzgórku czworaczym. (Der Sphinkterkern und Übertragungsbahn der Lichtreflexes der Pupille im Vierhügel). L. Bach.

Bach polemizuje z wywodami Bernheimera, który jako jądro zwieracza uważa środkową grupę jądra Edinger-Westphala. (Jądro środkowe. drobno-komórkowe Bernheimera). Przy zniszczeniu tej grupy występować miał brak odruchu źrenicznego na światło, przy innych doświadczeniach oddziaływanie źrenicy miało być prawidłowe. Na podstawie własnych badań i Tsachida, a opierając się także na barwnych rycinach samego Bernheimera, dowodzi autor, że Bernheimer nie zniszczył tej grupy środkowej, którą podaje, lecz grzbietowy odcinek głównego jądra nerwu okoruchowego. Odosobnione zniszczenie jąder Edinger-Westphala, bez uszkodzenia sąsiednich bocznych głównych jąder uważa Bach za niemożliwe. Badania innych badaczy nie zdołały dowieść, że jądra Edinger-Westphala są ośrodkiem dla ruchów źrenicy. Cały szereg badań u człowieka wykazywał nienaruszoną reakcyę źrenic, przy zniszczeniu grup Edinger-Westphala, a reakcya źrenic bywała zniesioną przy nienaruszonej histologicznej budowie tych grup. Nawet przy całkowitem zwyrodnieniu obu nerwów okoruchowych, ich korzonków i prawie wszyst-

kich komórek nerwowych w głównem jądrze tego nerwu, grupy Ed.-Westph. zostają prawie nienaruszone. Droga przenoszenia świetlnego zadrażnienia na jądro zwieracza, między przedniem ramieniem wzgórka czworaczego a jądrem nerwu okoruchowego, jest również punktem spornym między Bachem wraz z innymi badaczami a Bernheimerem. Bach zebrawszy wyniki Bernheimera, wbrew jego poglądom twierdzi, że przynależność grupy Ed.-Westph. do jądra okoruchowego jest nieprawdopodobną, a jej fizyologiczne znaczenie dotychczas niepoznane. Dokładnego przebiegu drogi odruchów źrenicznych od przedniego ramienia wzgórka czworaczego jeszcze nie znamy.

Przyczynek do szeregu przypadków pierścieniowego zmętnienia na przedniej powierzchni soczewki (Vossius).

(Zur Kasuistik der ringförmigen Trübung an der Linsenvorderfläche. Vossius). Dr S. Imai.

Japoński lekarz Imai zebrał przypadki pierścieniowego zmętnienia na przedniej powierzchni soczewki, omawiane przez Vossiusa na kongresie w Giessen 1903 i później 1906 w Lizbonie i zestawił je razem dla lepszego ich przeglądu. Przypadków jest 17. W 15-u przypadkach uległo oko urazowi, w dwóch było przebite, raz odłamkiem żelaza, raz trzaską drzewa. Z powikłań najczęstszem był wylew krwi do przedniej komory, bo w 12-u przypadkach.

W 10-u przypadkach było zapalenie spojówki i podbiegnięcie jej krwawe.

W 7-u przypadkach zmętnioną była rogówka, z tych w 2-ch była przebitą.

W 5-u przypadkach rozszerzenie źrenicy.

W 4-ch przypadkach przerwanie zwieracza.

W 1-m przypadku drganie tęczówki.

W 1-m przypadku wybroczyny na tęczówce.

W 2-ch przypadkach tylne zrosty.

W 1-m przypadku tylne i przednie zrosty.

W 3-ch przypadkach zmętnienie siatkówki.

W 1-m przypadku wybroczyna w okolicy plamki.

W 3-ch przypadkach pęknięcie naczyniówki.

W 1-m przypadku zapalenie tarczy nerwu wzrokowego.

Postać zmętnienia soczewki bywała rozmaitą. Zmętnienie pierścieniowe było nieraz nie zupełnie zamknięte, lub było punkcikowate, albo złożone z drobnych kreseczek, jednak zawsze umiejscowione w środku powierzchni soczewki. Szerokość paska pierścieniowego nie zawsze bywała jednostajną. Szerokość zaś pierście-

niowego zmętnienia odpowiadała szerokości prawidłowej źrenicy. W kilku przypadkach zmętnienie przy bocznem oświetleniu miało odcień brunatnawy. Zabarwienie brunatne zmętnienia na przedniej powierzchni soczewki tłumaczy Vossius odczepieniem się barwika z brzegu źrenicznego tęczówki, który przyczepia się włóknikiem do powierzchni soczewki. Podobny barwny pierścień powstaje przy zapaleniu tęczówki, widoczny wyraźnie po atropinie, lecz tem się różni od poprzedniego, że stale pozostaje, podczas gdy pierwszy po pewnym czasie ustępuje. Zmętnienia pierścieniowe nie zabarwione powstają wskutek ucisku tęczówki na torebkę soczewki, wskutek urazu, co powoduje przejściowe zwyrodnienie przybłonka torebkowego soczewki, który po pewnym czasie powraca do stanu prawidłowego. W przypadkach niepowikłanych bystrość wzroku bywała prawidłową.

Glioma siatkówki w przednim odcinku gałki ocznej z przebiciem torebki soczewki i oddzieleniem części soczewki przez komórki nowotworu. (Glioma retinae des vorderen Bulbusabschnittes mit Perforation der Linsenkapsel und Abschnürung von Linsenschollen durch Tumorzellen). Dr Langenhan.

Przypadek nowotworu dotyczy czteromiesięcznego dziecka, któremu, rozpoznawszy *glioma retinae* wyjęto lewe oko. Badanie histologiczne wykazało, że przedni odcinek gałki wypełniony był naroślą, która stożkowato ciągnęła się ku tyłowi gałki. Soczewka i tęczówka zostały przesunięte ku przodowi. Odczepiona siatkówka obejmowała lejkowato od tyłu nowotwór, począwszy od tarczy nerwu wzrokowego. Od strony nosowej przy brzegu rogówki, twardówka wypukla się guzowato, tworząc prawie prosty kąt z rogówką. Badanie mikroskopowe wykazało liczne, małe, okrągłe komórki podobne do lymfocytów z dość dużem jądrem a małą ilością protoplazmy. Prócz tego spostrzedz można było liczne, długie, wrzecionowate komórki, które miejscami okazywały ułożenie podobne jak u mięsaka. W guzie nowotworowym, wybitne wsteczne przemiany; środek zajmują obszerne miejsca z rozpadłych komórek. Uderzającem jest bardzo skąpe unaczynienie guza nowotworowego i brak charakterystycznej budowy cewkowatej, względnie płatowo-drzewkowatej, opisywany przez Wintersteinera i innych autorów. W twardówce około brzegu rogówki, zauważyć można szeregami ustawione komórki nowotworowe. Rogówka powiększona, zcieńczała, nie wykazuje komórek nowotworu. Kąt przedniej komory zniesiony. Tęczówka częściowo zlepiona z rogówką, okazuje ślady odczynowego zapalenia włóknikowego. Ciałko rzęskowe przyparte do twardówki, mięsień rzęskowy zgnieciony komórkami no-

wotworu. Z ciałka rzęskowego przenoszą się komórki nowotworu na naczyniówkę. Nerw wzrokowy okazuje w otoczeniu naczyń i wzdłuż włókien nerwowych nacieki nowotworowe. Z włókien więzadełka ledwie ślad. Przestrzenie kanału Petita zupełnie wypełnione masami hyalinowemi. Wybitne zmiany w soczewce pod wpływem bujania i rozrostu tkanki nowotworowej. Soczewka przesunięta ku przodowi bezkształtna wskutek ucisku i resorbcyi, w niej rozpad włókien w postaci jakby emulsyi, odczynowe bujanie nabłonka torebkowego, pęknięcie torebki i oddzielenie kawałków soczewki przez klinowato wnikające między jej włókna komórki nowotworowe. Jako punkt wyjścia nowotworu podaje autor warstwy ziarniste siatkówki.

O dowolnem drganiu gałek ocznych. (Über willkürlichen Nystagmus). Dr P. Mauersberg.

Autor opisuje dwa przypadki dowolnego drgania gałek ocznych. Pierwszy dotyczy 16-letniej panny, która od szeregu lat jest w stanie wywoływać dowolnie drgania gałek ocznych w poziomej płaszczyźnie, zresztą ruchy jej gałek zwyczajne, przy zwracaniu ócz w rozmaite strony drgania nie występują. Dowolnie zaś ilekroć zechce, wykonuje oczyma ruchy drgające w liczbie około 40 na minutę, tylko przy patrzeniu wprost. Wzrok chorej ma być prawidłowy, poprzednio nie cierpiała nigdy na mimowolne drgania gałek ocznych. Drugi przypadek dotyczy panny 23-letniej, która na wsi wychowana, nigdy poważniejszych chorób nie przebywała i ma pochodzić ze zdrowej rodziny. Na oczy nigdy nie chorowała i nie cierpiała nigdy na mimowolne drgania ócz. Do 11-go roku życia miała wzrok dobry, później zauważyła, że wzrok jej słabnie, a obecnie nosi szkła — 4·0 D. Od wczesnej młodości może wywoływać dowolne drgania ócz, a z czasem doszło do tej wprawy, że wykonuje około 80 drgań na minutę. Badanie wykazało obniżoną bystrość wzroku i krótkowzroczność Napięcie gałek, oddziaływanie źrenic, dno ócz, pole widzenia, poczucie barw prawidłowe. Zewnętrznie oczy prawidłowe.

Ponieważ u badanych chorych autor żadnych zmian nie znalazł, któreby tłumaczyły występowanie ruchów dowolnych gałek ocznych, odnosi je autor do ośrodków mózgu wielkiego, do wzmożonej innerwacyi mięśni ocznych pod wpływem woli. To popierałoby spostrzeżenie, że przy granicznych ustawieniach ócz, kiedy najsilniejszy jest impuls drgania gałek wywołać nie można.

III. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

Wiedeńskie Towarzystwo oftalmologiczne.

Posiedzenie z d. 10 marca, 12 maja i 16 czerwca 1909 r.

Welemiński: **Epifora idiophathica non obstructiva.** W przypadkach takich zasługuje na uwagę szczególne zachowanie się błony śluzowej jamy nosa Przedstawia ona na przedniej części średniej muszli nosowej przerost lub obrzęk, a conajmniej przekrwienie, w rzadkich zaś przypadkach, jeżeli jest blada i cienka, to okazuje wzamian niezwykłe rozdęcie poszczególnych gałęzi naczyniowych. Pod wpływem kokainy, błona śluzowa w tem miejscu zamiast blednąć, jak to zwykle się dzieje, ulega silnemu przekrwieniu. Dotknięcie jakimkolwiek przedmiotem tej okolicy wywołuje natychmiast silne łzawienie. Widocznie zachodzi tu patologicznie wzmożona pobudliwość odruchowa, wskutek zaburzeń w krążeniu. W. przekonał się, że skaryfikacya tego miejsca błony śluzowej znosi tę pobudliwość i temsamem usuwa łzawienie. Do skaryfikacyi tej trzeba się posługiwać bardzo ostrym nożykiem. U 22 chorych uzyskał autor w 12-u wypadkach trwałe wyleczenie, u jednego po 14-u dniach oczy zaczęły łzawić na nowo, u innych leczenie, bądź też obserwacyę nie są jeszcze ukończone.

Rutin przedstawia przypadek wrodzonego upośledzenia ruchomości powieki górnej jednego oka.

Reuss okazuje **torbiel gruczołu łzowego** *(dacryops)* wyłuszczony u 38-letniej kobiety.

Bergmeister przedstawia 25-letniego chorego dotkniętego stwardnieniem rozsianem *(sclerosis disseminata)*, u którego dwukrotne wstrzyknięcie elektrargolu *(argentum colloidale)* do *vena mediana* po 10 cm^3 sprowadziło poprawę stanu ogólnego, oraz poprawę bystrości wzroku.

Wintersteiner okazuje **preparaty makroskopowe i mikroskopowe z gałek ocznych noworodka**, który na prawem oku miał *staphyloma corneae totius,* na lewem zaś *atrophia bulbi.* Matka zmarłego dziecka podaje, że na miesiąc przed rozwiązaniem badaną była w klinice tak nieoględnie, że dostała krwawienia z po-

chwy. W. przypuszcza zatem, że wówczas skutkiem zranienia błony śluzowej i błon płodowych przyszło do wśródmacicznego zakażenia spojówki gonokokami i zmiany, jakie obecnie widać na gałkach ocznych, uważa za niepomyślne zejście tego zakażenia. Równocześnie podnosi on jednak ciekawą okoliczność, że siatkówka w gałce zanikowej okazuje pewne zmiany, które należy uważać za zboczenia rozwojowe, lub też za rozpoczynające się *neuro-epithelioma retinae*. W. nie twierdzi stanowczo, że jest to zaczątek glejaka siatkówki, ale z drugiej strony wydaje mu się szczególnem i dziwnem, że zmiany, wywołane sprawą zapalną zdołały w tak późnym okresie życia płodowego spowodować zaburzenia w embryonalnym rozwoju siatkówki.

Dyskusya:

Müller twierdzi, że zakażenie oka wśródmaciczne nie jest możebne, gdyż w czasie tym szpara powiekowa nie istnieje i powieki są jeszcze zrośnięte, przyczem opiera się na własnych poszukiwaniach embryologicznych.

Fuchs nie dostrzega w przedstawionych preparatach niewątpliwych śladów przebytej sprawy zapalnej i sądzi, że zmiany, jakie gałki oczne w tym przypadku okazują można uważać wyłącznie za wadę rozwojową.

Bergmeister przypomina, ogłoszony przez siebie w r. 1906 przypadek keratomalacyi na oku noworodka, gdzie siatkówka okazywała podobne zmiany.

Kraemer zwraca uwagę na zasadniczą różnicę pomiędzy tak zwaną phakokele a przemieszczeniem soczewki wskutek przebycia sprawy zapalnej, np. wskutek przebicia wrzodu rogówkowego.

Salzmann przypuszcza, że w przedstawionym przez Wintersteinera przypadku nie zachodzi wypadnięcie soczewki przez otwór po wrzodzie, lecz wrodzony brak zawiązka soczewki, przyczem wtórorzędny pęcherzyk oczny jest od przodu zamknięty.

Wintersteiner odpowiada Müllerowi, że w żadnym okresie rozwoju płodowego worek spojówkowy nie jest tak hermetycznie zamknięty, żeby nie mogło przyjść do zakażenia wśródmacicznego. Wobec zarzutów zaś Fuchsa i Salzmanna broni swego zapatrywania co do zapalnego tła przedstawionych zmian patalogo-anatomicznych.

Lauber przedstawia 64-letniego mężczyznę okazującego na obu oczach **przybrzeżny zanik rogówek,** połączony ze znacznem wydęciem (*atrophia marginalis et ectasia peripherica corneae*). Oprócz tego na obu rogówkach widać stare bliznowate zaćmienia. Silną

nieregularną niezborność środkowych części rogówek zdołał L. wyrównać zapomocą hydrodyaskopu.

Kraemer demonstruje 58-letnią kobietę, u której prawe oko okazuje rozległe **niebiesko-czarniawe ubarwienie skóry** powieki dolnej, spojówki gałkowej i twardówki dookoła rogówki. Wziernikiem stwierdzić się daje na zewnętrznym brzegu tarczy nerwu wzrokowego guz barwy czarnej wystający na 6,$_0$ D okrągławy, szeroki na jedną średnicę tarczy. Poniżej dolnego brzegu guza widać w siatkówce kilka drobnych czarnych plamek. Po wewnętrznej stronie tarczy druga szaro-zabarwiona na 1—2 D, wystająca wyniosłość pokryta prawidłową siatkówką. Opisane wyrośle na dnie oka budzą w wysokim stopniu podejrzenie złośliwego melanotycznego nowotworu. Z drugiej strony obecność wrodzonych plam barwikowych na zewnętrznych częściach oka i brak jakichkolwiek czynnościowych zaburzeń wzroku, przemawiają za tem, że i zmiany wśródgałkowe są tylko nieprawidłowościami wrodzonemi.

Lauber przedstawia 42-letnią kobietę z **różnemi zmianami wrodzonemi:** u prawego oka *aniridia completa*, u lewego dołem wąziutki, szczątkowy pasek utrzymanej tęczówki. Obie soczewki przemieszczone ku górze, prawa zupełnie, lewa częściowo zaćmiona. Tarcz prawego nerwu wzrokowego okazuje nietypowe zagłębienie, na brzegu tarczy lewego n. wzrokowego tętnice i żyły tworzą istny kłębek naczyniowy. Drżenie gałek ocznych przemawia za słusznością twierdzenia Seefeldera, że oczom takim brak anatomicznej plamki żółtej.

Lauber przedstawia 4-letniego chłopca z obustronną *cataracta pyramidalis* w niezwykle dużych rozmiarach.

Dyskusya:

Wintersteiner przypomina metodę podaną przez Arlta, który zapomocą igiełki dyscyzyjnej strącał z przedniej torebki taką kredowo-białą piramidkę, nie obawiając się sprowadzić całkowitego zaćmienia soczewki, gdyż przy operacyi tej torebka, a temsamem miąższ soczewki pozostaje nienaruszony.

Lauber przedstawia chorą z **porażeniem nerwu okoruchowego na tle białkomoczu.**

Meissner przedstawia 45-letnią kobietę okazująca **xanthelasma palpebrarum niezwykłych rozmiarów.** Jest to czę-

ściowo *xanthelasma planum*, częściowo zaś *xanthelasma tuberosum*. Równocześnie w nosie rozwija się guz i nie jest rzeczą wykluczoną, że między guzem tym a zmianą na powiekach istnieje pewien związek.

Meller wygłasza odczyt o **mięsaku wśródgałkowym i zapaleniu sympatycznem.** Najpierw zastanawia się nad rodzajem zmian patologicznych, jakie występują najczęściej na oku sympatyzującem. Okoliczność, że do zapalenia sympatycznego przychodzi najczęściej po zranieniach drążących, przebijających ścianę gałki ocznej, zdaje się wskazywać na to, że właśnie przez tę ranę otwartą dostają się do oka zarazki, które przechodzą następnie na oko drugie. Prelegent przedstawia jednak przypadki, które naprowadzają na możliwość zakażenia wewnętrznego *(infectio endogenes)*, które umiejscawia się na oku zranionem, lub w inny sposób uszkodzonem, a potem nieraz po długim okresie czasu przechodzi na oko drugie. Ma on na myśli przypadki mięsaka wśródgałkowego, w których jagodówka niezajęta jeszcze naciekiem nowotworowym, ulegała sprawie zapalnej, a po pewnym czasie występowało typowe zapalenie współczulne oka drugiego. Cztery takie spostrzeżenia przytacza M. z własnej praktyki Odnosi się tu wrażenie, że w dotyczącym ustroju krążą jakieś zarazki, które nie zatrzymują się w oku prawidłowem, ale czynią to chętnie, jeśli oko zostanie upośledzone w swem odżywieniu i żywotności przez rozwijający się w niem nowotwór, zwłaszcza jeżeli nowotwór ten ulega częściowemu obumarciu, jak to właśnie było w przypadkach, o których mowa. Wśród korzystnych dla swego rozwoju warunków uzyskują zarazki wkrótce tak znaczny stopień jadowitości, że stają się zdolne do przeniesienia sprawy zapalnej na jagodówkę drugiego oka. Za wewnętrznem pochodzeniem zapalenia współczulnego przemawia cały szereg okoliczności. W pierwszym rzędzie występowanie zapalenia sympatycznego po upływie szeregu lat od chwili zranienia oka drugiego nie daje się zgoła pogodzić z teoryą zakażenia zewnętrznego, natomiast tłumaczy się z łatwością hypotezą, którą rozwija prelegent. Jako dowód na poparcie tej hypotezy przytacza także W. wyniki badań histologicznych, które wykazują powstawanie nacieków zapalnych w oku sympatyzującem na drodze systemu naczyń rzęskowych.

Dyskusya:

Sachs zapytuje, czy znamienny obraz wziernikowy, jaki się tak często widzi w samych początkach w oku sympatyzowanem, występuje również w oku sympatyzującem.

Meller w przypadkach przez siebie spostrzeganych przekonał się, że tak jest w istocie i upatruje w tem dowód, że tak na jednem oku jak i na drugiem sprawa zapalna przychodzi do skutku na drodze krwiobiegu.

Lauber wspomina o spostrzeżeniach Schnabla zapalenia współczulnego po urazach tępych. Przypadki te przemawiają również na korzyść zapatrywań Mellera.

Lindner przedstawia szereg preparatów **z ciałkami jagliczemi Prowazka.** Wykazuje różnicę pomiędzy niebiesko-zabarwioną plastyną a czerwonemi ciałkami jagliczemi i objaśnia zmodyfikowany przez siebie sposób barwienia. Używa mieszaniny 1 cz. roczczynu giemzy i 200 cz. wody z dodatkiem jednej kropli $^1/_4{}^0/_0$ roczczynu alkoholu zakwaszonego kwasem solnym. Roczczynem tym barwi skrawki przez 3 godziny. Barwi się tylko plastyna kolorem niebieskim. Aby uwydatnić ciałka jaglicze używa pierwotnej metody barwienia, poczem wytrawia skrawki alkoholem. Części zabarwione niebiesko oddają część barwika, a ciałka jaglicze wyraźniej występują. Najłatwiej wykazać je w skrawkach z górnego załamka i to zarówno w przypadkach jaglicy ostrej jak i przewlekłej. W drugiej linii spotyka się je w dolnym załamku i w spojówce chrząstkowej powieki górnej.

Schmeichler znalazł ciałka Prowazka w 60-ciu przypadkach jaglicy. Przyznaje on, że najłatwiej wykazać je w górnym załamku, zwłaszcza w przypadkach świeżych i jeszcze nie leczonych. Jednakowoż zdarzyło mu się znaleźć te utwory u pewnego chorego, u którego jaglica już od roku była leczoną. W przypadkach innych chorób spojówkowych z reguły nie znajdował ciałek Prowazka z wyjątkiem jednego przypadku noworodka ze śluzoropotokiem spojówek. W przypadku tym zarówno przebieg choroby jak i brak wszelkiej sposobności zarażenia się jaglicą, przemawiały stanowczo przeciw tej ostatniej. Bądźcobądź, zdaniem S., wykazanie ciałek Prowazka przemawia silnie za jaglicą, natomiast ujemny wynik badania, jaglicy jeszcze nie wyklucza.

[Według Arch. f. Aghk.].

K. W. Majewski.

Towarzystwo oftalmologiczne paryskie.

Posiedzenie z 12-go października 1909.

Terson (jun.). **Wyleczenie łuszczki jagliczej zapomocą jekwiryty.**

T. zastosował w przypadku zastarzałej grubej łuszczki jagliczej jekwiryty w postaci proszku, pozwalając mu działać przez przeciąg trzech minut. Powstała jak zwykle silna *conjunctivitis pseudomembranacea*, a jej wpływ na łuszczkę był bardzo korzystny. Zanik naczyń na rogówce i wessanie nacieku rozpoczęły się dopiero po ustąpieniu sprawy zapalnej. T. przypomina inne podobne spostrzeżenie i zaleca proszek jekwiryty stosowany z należytą ostrożnością przed jekwirytolem, którego skutki są zbyt często nieobliczalne.

Terson (jun.) przedstawia **oryginał listu pisanego przez** Woolhouse'a, okulisty Jakóba II, króla Anglii, pisanego do Geoffroy, członka akademii nauk w sprawie polemiki, jaka w latach 1650—1708 rozdzielała uczonych w zapatrywaniach na istotę zaćmy. Wiadomo, że dopiero w r. 1705 Brisseau na podstawie badań anatomicznych udowodnił, że katarakta jest zaćmieniem soczewki oka. Woolhouse, jak się z jego długiego listu pokazuje, mimo, że znał już wyniki badań Brisseau, był jednak upartym zwolennikiem starych błędnych teoryi i bronił ich, posługując się nawet inwektywami wobec poważnych badaczów, jak: Lasnier, Gassendie, a zwłaszcza Saint-Yves.

Chevallereau. **Wytwory szkliste na tarczy nerwu wzrokowego i w naczyniówce.**

C. przedstawia żołnierza 22-letniego, okazującego *chorioretinitis*, prawdopodobnie na tle kiły wrodzonej. U lewego oka na tarczy nerwu wzrokowego widać kilkanaście błyszczących, niezupełnie okrągłych, wystających nad poziom grudek przypominających wejrzeniem iskrzące twory krystaliczne, jakie widujemy przy *synchisis scintillans*. W otoczeniu tarczy rozsiane są w naczyniówce podobne, ale mniejsze nieco błyszczące grudki. Wywiady wykazują, że ojciec chorego widzi słabo, a z sześciorga rodzeństwa najstarsze widzi dobrze, coraz młodsze zaś widzą coraz to gorzej. Chory sam jest z rodzeństwa najmłodszym i skarży się przedewszystkiem na kurzą ślepotę, której doznaje od 5-go czy też 6-go roku życia. Okazuje on obustronnie Hp. $= 4._0$ D, bystrość wzroku u pr. oka $= {}^1/_4$, u l. oka $= {}^1/_3$. Pole widzenia zaledwie nieco zwężone.

D r a n s a r t. **Patogeneza drżenia gałek ocznych u górników.**

D. ma pod tym względem szczególnie rozległe doświadczenie, bo w zagłębiu górniczem Pas de Calais spostrzegał przeszło 3000 przypadków. Rozróżnia on postać lekką i postać ciężką tego cierpienia. W lekkich przypadkach *nystagmus* występuje tylko rzadko i nie sprowadza innych zaburzeń wzroku. W ciężkich przyłączają się często zawroty, czasem podwójne widzenie, *amblyopia*, *hemeralopia* etc. Nawet w cięższej postaci drżenie gałek ustaje przy skierowaniu osi ocznych ku dołowi. Z pośród górników, cierpieniu temu podlegają w pierwszym rzędzie ci, którzy pracują kilofem w pozycyi leżącej, a z oczyma zwróconemi w górę, przy mdłem świetle latarki D a v y'ego. Niedokrewność, jakiej często górnicy podlegają, nie zdaje się stanowić czynnika usposabiającego. Duszne powietrze szybów nie odgrywa również roli przyczynowej, bo pomimo zaprowadzenia wzorowych urządzeń wentylacyjnych w kopalniach, liczba przypadków drżenia gałek wcale się nie zmniejszyła. Wpływ jakichkolwiek zaburzeń narządu słuchu, jakie często u górników z powodu huku eksplozyi dynamitowych występują, daje się wykluczyć ze względu na to, że u kotlarzy, którzy cierpieniom usznym jeszcze częściej podlegają, nie spostrzega się prawie nigdy drżenia gałek ocznych. Jako jedynie prawdopodobny czynnik etyologiczny pozostaje zatem nadmierne znużenie zewnętrznych mięśni ocznych, służących do zwrócenia gałek ocznych rogówką ku górze.

S a u v i n e a u przypomina teoryę, jaką na ostatnim kongresie okulistycznym postawił co do patogenezy *nystagmus*. Zdaniem jego już z tego względu, że drżenie gałek występuje zawsze obustronnie i na obu oczach w jednakim stopniu, należy bezwarunkowo wykluczyć schorzenie obwodowe aparatu nerwowo-mięśniowego. Gdyby nadmierne znużenie mięśni, zwracających gałkę ku górze, miało samo przez się wywoływać w nich kloniczne skurcze, to czemuż podobnych skurczów nie spostrzegamy w adduktorach u jeźdźców, lub w innych grupach mięśniowych, narażonych na długotrwałe wysiłki. Według S. przyczyny drżenia gałek ocznych szukać należy w zaburzeniu korowych ośrodków asocyacyjnych dla sprzężonych ruchów gałek ocznych. Jakiś szkodliwy czynnik bliżej dotąd nieznany, a związany z pracą górników w kopalniach wywołuje zadrażnienie tych ośrodków, a następstwom tego zadrażnienia jest *nystagmus*. Prócz tego przypisać trzeba, że w powstaniu tego cierpienia odgrywa pewną rolę także skłonność osobnicza, gdyż stosunkowo niewielka liczba górników (5—10%) podlega tej chorobie.

T e r r i e n i B o u r d i e r. **Przypadek obustronnej ślepoty wskutek neuritis optica post meningitidem cerebrospinalem.**

U 11-letniego dziecka w 6 miesięcy po przebyciu zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych przyszło do zupełnego zaniku nerwu wzrokowego z utratą poczucia światła. Zasługuje na uwagę w tym przypadku, że pod koniec przebiegu zapalenia opon powstały wybitne zmiany wziernikowe na obu oczach odpowiadające zapaleniu nerwów wzrokowych, któreto zmiany ustąpiły następnie zupełnie nie upośledzając na razie wzroku, a dopiero po kilku miesiącach zaczął się rozwijać typowy zanik tarcz nerwów wzrokowych. Autorowie nie mają wobec tego wielkiego zaufania do zastrzykiwań surowicy przeciwmeningokokowej, bo w ich przypadku nie zdołała zapobiedz ciężkim zmianom następowym w układzie nerwowym. I tak oprócz *neuritis optica* przyszło w okresie rekonwalescencyi do *polyneuritis peripherica* we wszystkich czterech kończynach, i obecnie oprócz ślepoty istnieje *hemiparesis sinistra* i zwyrodnienie licznych grup mięśniowych.

[Według Kl. Monatsbl. f. Aghk.].

K. W. Majewski.

Pierwszy zjazd Towarzystwa okulistów polskich w Krakowie w lipcu 1910 r.

Zgłoszono dotychczas następujące odczyty:

Referat: Prof. W i c h e r k i e w i c z z Krakowa: Etyologia i postacie kliniczne zapalenia trachomatycznego.

Odczyty: Doc. Dr N o i s z e w s k i z Petersburga: O jaskrze niezapalnej.

Dr W. W i t a l i ń s k i z Krakowa: Przypadki jaskry po operacyi zaćmy.

Dr Edm. R o s e n h a u c h z Krakowa: Badanie nad etyologią jaglicy.

Dr K l e c z k o w s k i z Krakowa: Badania nad rozwojem nerwu wzrokowego.

Dr S z a f n i c k i z Krakowa: Plama M a r i o t t a w przypadkach zapalenia obrzękowego nerwu wzrokowego.

Dr L e w i c k i Roman z Krakowa: Pyocyanaza w okulistyce.

Prof. Dr Wicherkiewicz z Krakowa: Własne doświadczenia co do wągra wśródgałkowego.

Tenże: Niezwykle ciężki przypadek choroby Basedowa.

Tenże: Złośliwe narośle nagałkowe.

Nadto zapowiedzieli odczyty: Dr Fukala z Wiednia i prof. K. W. Majewski z Krakowa.

IV. ROZMAITOŚCI.

Niebezpieczeństwo używania do operacyi ocznych narzędzi niklowych.

Rockliffe podaje w Ophthalmic Review przypadek operacyi zaćmy, wykonanej na pozór prawidłowo, po której jednak na trzeci dzień wystąpiło ropienie, wskutek którego operowany stracił oko. W ropie znalazł autor kawałek blaszki, która odprysła z powłoki niklowej nożyczek Weckerowskich. Kawałek ten był stosunkowo dość duży ($1 \times 1{,}5$ mm). Zdaniem R. odprysk ten stał się powodem ropienia, a w przypuszczeniu tem opiera się na badaniach, przeprowadzonych w laboratoryach South-Western *Polytechnic Academy*, gdzie wykazano niezwykle silne działanie elektrolityczne takich blaszek niklowych. Rockliffe sądzi, że niektóre zagadkowe ropienia pooperacyjne należy odnosić do działania tego rodzaju ciał obcych. Spostrzeżenie powyższe jest jednak niezupełne, a wnioski niedość poparte, gdyż brak jakiejkolwiek wzmianki o badaniu bakteryologicznem. *K. W. M.*

Warszawa. Polskie Tow. okulistyczne w Królestwie Polskiem wybrało prezesem Dr Bron. Ziemińskiego, wice-prezesem Dr B. Gepnera.

Wiedeń. W uniwersytecie odsłonięto pomnik prof. Edw. Jaegera, przyczem przemawiał prof. Fuchs.

V. SPRAWY OSOBOWE.

Prof. Dr Leber w Heidelbergu obchodził 70-ą rocznicę urodzin.

Dr Bellinzona habilitował się w Pawii.

Prof. Uhthoff w Wrocławiu 2-go marca obchodził 25-lecie zawodu nauczycielskiego.

Prof. Schleich w Tubindze otrzymał krzyż honorowy orderu korony wyrtembergskiej, z czem osobiste połączone szlachectwo.